

災害登録派遣薬剤師 新規登録名簿

※登録年月日	平成 年 月 日
都道府県病薬名	病院薬剤師会
(ふりがな) 申請者氏名	( ) ⑩
生年月日(満年齢)	年 月 日 ( 歳)
性別	男・女 (○を付けてください)
現住所	〒□□□-□□□□
同 Tel・Fax	Tel:( )-( )-( )・Fax:( )-( )-( )
メールアドレス	E-mail _____@_____
携帯電話番号	Tel:( )-( )-( )
携帯電話メールアドレス	E-mail _____@_____
勤務先・所属 職名	
勤務先住所	〒□□□-□□□□
同 Tel・Fax	Tel:( )-( )-( )・Fax:( )-( )-( )
メールアドレス	E-mail _____@_____
薬剤師名簿(免許)	登録番号:第 _____号 登録年月日: 年 月 日
日病薬会員 No.	
災害医療に関する 研修の受講歴	<input type="checkbox"/> あり(該当する内容にチェックし、受講証明を添付してください) ・内容 <input type="checkbox"/> DMAT 隊員養成研修 <input type="checkbox"/> 日本災害医学会災害薬事研修コース(PhDLS) <input type="checkbox"/> 日本災害医療薬剤師学会災害支援薬剤師養成研修会 <input type="checkbox"/> その他( _____ ) <input type="checkbox"/> 受講歴なし又は不明

上記の薬剤師を、日本病院薬剤師会災害登録派遣薬剤師に登録することを承諾いたします。

施設名 \_\_\_\_\_

施設長 氏名 \_\_\_\_\_ ⑩

所属長 役職 \_\_\_\_\_

所属長 氏名 \_\_\_\_\_ ⑩